41e Année. — N° 36 Vendredi 7 Septembre 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

AVIS. — *Les bureaux de la* France Médicale *sont transférés* 9, **rue des Pyramides.** *Prière de vouloir bien désormais envoyer à cette adresse tout ce qui concerne la rédaction et l'administration.*

SOMMAIRE

Hydrothérapie : L'hydrothérapie dans les maladies utérines, par le Dr Verrier (suite et fin), 561. — **Revue de la presse** : Prickly beat, par le Dr Pollitzer, 563. — **Académie de médecine** : *séance du 4 septembre* 1894. — Présidence de M. Alph. Guérin. — Mortalité des enfants en nourrices, 564. — Sur trois cas de mort subite en vélocipède, 565. — **VIIIe Congrès international d'ophthalmologie**, réuni à Edimbourg du 7 au 11 août (suite). — *Séance du 9 août.* — Nouvelle méthode de durcissement des yeux dans le formol, 565. — Recherches expérimentales sur les abcès à staphylocoques de la cornée et sur leur traitement, 565. — Sur la structure des cellules ganglionnaires de la rétine, 565. — Nature du canal de Schlemm, 565. — Kystes de l'iris, 565. — Opération du strabisme, 565. — Valeur relative du mercure et de l'iodure de potassium dans le traite-ment de la syphilis oculaire, 567. — Le meilleur mode d'emploi du mercure dans la thérapeutique oculaire, 567. — Recherches sur la correction opératoire de la myopie élevée, 568.— Opération pour obtenir une pupille centrale dans un cas d'irido-cyclite grave, 569. — De la structure microscopique du ganglion ciliaire, 569. — Nouveau système dioptrique pour mesurer et désigner les prismes, 569. — Traitement par l'antipyrine de certaines formes d'atrophie du nerf optique, 569. — **L'Association française pour l'avancement des sciences** (22e session tenue à Caen du 9 au 15 août). — Du danger des exercices sportifs chez les enfants, 570. — **Médecine légale** : L'affaire du Dr Laffitte, 572. — **Nouvelles**, 576.

HYDROTHÉRAPIE

L'Hydrothérapie dans les maladies utérines.

Par le Dr E. Verrier.

(Suite et fin.) (1).

Observation VII. — *Engorgement considérable du col utérin. Abaissement et antéversion; métrorrhagies abondantes et répétées; gastralgie, anémie, anesthésie générale; inefficacité de la thérapeutique usuelle; traitement hydrothérapique et cautérisation au cautère actuel; dragées d'iodure de fer; guérison.*

Mme F.., 33 ans, tempérament lymphatico-nerveux. Santé frêle et délicate. Hérédité maternelle. A 7 ans, engorgement glandulaire du cou, abcès. Les traces de l'engorgement ne disparaissent qu'à 18 ans, avec l'apparition première des règles.

A 11 ans, fièvre typhoïde, dyspepsie, coliques et diarrhées intermittentes, météorisme abdominal, maigreur excessive, faiblesse générale. Le mariage conseillé empiriquement a lieu à 20 ans. Il ne change rien à cet état, si ce n'est une grossesse survenue un an après qui augmente les troubles déjà existants.

Accouchement normal à huit mois. Elle essaye de nourrir, mais la fatigue était si grande qu'elle est obligée de cesser au bout de trois mois.

Retour des règles qui deviennent très abondantes, écoulement leucorrhéique, syncopes fréquentes, épuisement de la malade.

Sur ces entrefaites, nouvelle grossesse et fausse couche de six semaines.

Une troisième grossesse survient, cette fois la malade accouche à terme, mais ayant voulu se lever le huitième jour pour vaquer aux soins du ménage, elle ressent de grands maux de reins, des douleurs dans le bas-ventre, de la pesanteur, de la cuisson à l'extérieur et est, en fin de compte, obligée de garder le lit.

C'est alors que l'examen local décèle un engorgement considérable de l'utérus avec abaissement et antéversion.

Après des soins ordinaires qui calment l'état subaigu de l'utérus, on conseille l'hydrothérapie. A l'arrivée de Mme F..., nous constatons un découragement profond, une tristesse extrême. La malade est à bout d'énergie morale, elle appelle la mort et la repousse alternativement. Souvent elle fait venir son mari et ses enfants pour leur dire son dernier adieu.

Le traitement est commencé le 29 juillet. Il se compose, outre la douche et le régime, de cautérisations au fer rouge qui furent pratiquées trois fois. Le 29 décembre, quatre mois après son entrée dans l'établissement, la malade part tout à fait guérie de son affection utérine et de sa dyspepsie. Le teint est coloré, les forces ne laissent rien à désirer.

Observation VIII. — *Engorgement et abaissement considérables; accidents locaux graves; inefficacité de nombreuses médications; traitement hydrothérapique; guérison.*

Mme X..., 36 ans, grande, bien constituée, a eu une sœur morte phthisique ; réglée à 14 ans ; les menstrues deviennent irrégulières et douloureuses à 22 ans.

Entre temps elle s'était mariée à 19 ans. Après quinze mois de mariage, grossesse et fausse couche de cinq mois. A 22 ans, seconde grossesse très pénible, varices. Accouchement à terme, soixante-douze heures de travail. Ergot de seigle. Délivrance artificielle pour cause de perte.

(1) V. *France médicale*, n° 35, 1894.

Se lève au bout d'un mois. Néanmoins la douleur, la pesanteur, les tiraillements que la malade éprouve dans le bassin, lui font consulter son médecin qui reconnaît un engorgement utérin et fait appliquer des sangsues sur le col à chaque époque menstruelle.

L'état général s'aggrave, on remplace les sangsues par la saignée, la malade va de mal en pis. Après quinze mois de traitements variés, sans succès, on l'adresse à la maison où elle arrive le 20 mai. On commence de suite l'hydrothérapie.

Après sept mois de traitement, le 5 décembre, la malade quittait l'établissement parfaitement guérie et le 15 février suivant la guérison ne s'était pas démentie.

Observation IX. — *Dysménorrhée ; leucorrhée ; abaissement considérable de l'utérus ; accidents locaux et généraux graves ; guérison.*

Les maladies utérines donnent lieu à beaucoup de phénomènes semblables chez toutes les femmes.

Je ne voudrais pas abuser de l'attention du lecteur par de fastidieuses répétitions, j'abrégerai donc encore mes descriptions, me tenant d'ailleurs à la disposition de mes confrères pour les détails.

Femme de 43 ans, constitution frêle, tempérament nerveux. Premières règles, 14 ans 1/2. A 15 ans, écoulement leucorrhéique rebelle. A 19 ans, maladie confirmée.

Mariée a 23 ans. Rapports conjugaux douloureux. Renoncement volontaire consenti par le mari. Stérilité malthusienne.

Les accidents locaux augmentent. Application d'un pessaire. Répercussion de l'état local sur l'état général. Massage pendant sept ans sans succès. Hydrothérapie, guérison.

Observation X. — *Antéversion de l'utérus ; phénomènes locaux très incommodes ; dyspepsie, etc. ; guérison.*

Femme de 35 ans, lymphatique, réglée à 15 ans, mariée à 19, deux enfants. A la suite du deuxième accouchement, des accidents locaux se montrèrent et ne tardèrent pas à acquérir une grande gravité. L'estomac se prit à son tour, amaigrissement consécutif, constipation, ténesme rectal, antéversion prononcée, ceinture hypogastrique, col utérin petit, allongé, de consistance normale mais très en arrière. Sensation pénible dans la station assise, pas d'ulcération. On conseille l'hydrothérapie. Douche générale en pluie et douche ascendante vaginale de dix minutes. En outre, douche hypogastrique en jet brisé ; guérison en deux mois. Un mois après, persistance de la guérison.

Observation XI. — *Abaissement et antéversion de l'utérus ; hyperesthésie utéro-vulvaire ; accidents locaux et généraux graves ; guérison.*

Mme M..., 40 ans, bonne constitution. Mariée et réglée à 15 ans ; fausse couche de 8 mois après un an de mariage. Hémorrhagie grave après un coït ordinaire. Depuis ce moment, troubles locaux accentués, écoulement leucorrhéique, digestions pénibles. Constipation, mouvement fébrile, coïts douloureux, le toucher même est péniblement supporté et jusqu'aux moindres attouchements. Commence l'hydrothérapie le 5 avril, 3 séances par jour. Douches ascendantes rectales et vaginales, bains de siège à eau courante. Amélioration progressive et guérison complète le 23 juillet.

Observation XII. — *Antéversion de l'utérus ; hyperesthésie utéro-vulvaire ; accidents locaux intenses ; guérison.*

X..., 21 ans, constitution robuste ; réglée à 15 ans. Depuis la menstruation, douleurs et tiraillements dans le bas ventre. Mariée à 20 ans, les douleurs s'accentuent. La voiture et la marche les exaspèrent, et bientôt X... ne quitte plus le lit. Au toucher, on constate de l'antéversion, du vaginisme et une hyperesthésie de tous les organes génito-urinaires. Température vaginale normale, pas de leucorrhée. Col de consistance et volume normaux.

Ceinture hypogastrique et bains de siège émollients sans résultats. Hydrothérapie, bains de pluie et douches locales hypogastriques ascendantes, rectales et vaginales. Bains de siège à eau courante.

Guérison radicale en deux mois et demi. Grossesse normale et accouchement consécutif.

Observation XIII. — *Engorgement, antéversion et obliquité latérale de l'utérus ; accidents locaux et généraux très graves ; guérison.*

C..., 24 ans, a été empoisonnée à 18 ans, d'où il est resté une gastrite chronique.

Mariée à 20 ans, 2 avortements. Le dernier suivi d'accidents graves, attaques de nerfs, déplacement utérin. Douleurs dans la région ovarique des deux côtés. Amaigrissement, teint gris terreux, palpitations violentes à la moindre émotion. Règles douloureuses, accompagnées d'attaques convulsives ; celles-ci se montrent même dans l'intervalle des menstrues sans cause appréciable. L'hydrothérapie, commencée le 14 août, a fait successivement disparaître les attaques et, aidée d'un régime approprié, a rendu la malade à sa vie normale, le 14 novembre suivant.

Observation XIV. — *Antéversion et obliquité latérale gauche de l'utérus ; accidents locaux et généraux très graves ; guérison.*

C'est à peu près la répétition de l'observation précédente, à l'exception que le sujet était une femme de 32 ans, d'un tempérament nerveux, qui avait eu un enfant à terme.

Les accidents sus-désignés ont apparu après un voyage à Rouen, où elle avait couché dans une chambre froide et humide.

Avant d'entrer à l'établissement, elle avait subi sans succès plusieurs cautérisations au nitrate d'argent, qui furent suivies de pertes abondantes.

L'anémie qui en est résulté a décidé son médecin à nous l'adresser.

Entre temps, elle avait aussi essayé inutilement l'électricité. Guérison en trois mois et demi.

Observation XV. — *Abaissement et obliquité latérale droite de l'utérus ; hystérie ; accidents locaux et généraux graves ; guérison.*

Mme H..., 40 ans, grande, tempérament sanguin, mariée à 27 ans ; pas d'enfant ni de fausse couche.

Fluxion de poitrine et névralgie faciale, qui a résisté au sulfate de quinine à haute dose.

La malade s'enrhume facilement. A la suite de grandes fatigues et de profonds chagrins, il survient des attaques de nerfs, de la gastralgie, des palpitations et des douleurs aiguës au cœur. (Digitale, valériane et liniments divers.)

L'examen local fait, en outre, constater un déplacement de l'utérus.

3 mois d'hydrothérapie scientifique rendent à la malade sa santé première.

Observation XVI. — *Corps fibreux interstitiel, rétroversion et flexion utérine; hyperesthésie utéro-vulvaire; dyspepsie, nervosisme; inefficacité des pessaires et ceintures; amélioration sous l'influence de la douche.*

Femme de médecin, 40 ans, très nerveuse, mère nerveuse. Gastralgie soignée et guérie par son mari.

Depuis huit ans, diminution des règles, douleurs, pesanteur et tiraillement dans les aines. Difficulté dans l'émission des urines. On trouve au toucher une rétroversion et une flexion de l'utérus, mais la diminution des règles était loin de faire penser à l'existence d'un corps fibreux utérin.

Un pessaire posé amène des pertes de caillots anciens, noirs, d'une odeur infecte, laquelle perte dure trois ou quatre jours.

Injections antiseptiques et examen à l'hystéromètre à l'aide duquel on constate l'existence d'une tumeur fibreuse interstitielle dans la paroi postérieure de l'utérus. Un traitement de longue haleine fut institué. Une ceinture hypogastrique remplaça le pessaire qui avait été posé, mais avec un égal insuccès.

Le mari, avant de mettre sa femme dans les mains d'un chirurgien, veut essayer l'influence de l'hydrothérapie.

Les compresses, les bains de siège à eau dormante, les immersions générales, les douches vaginales et rectales, combinées avec les applications révulsives de l'eau froide, procurèrent, en quelques semaines, une amélioration considérable ; excellent résultat pour un cas de lésion organique que les ressources même de la chirurgie ne pouvaient atteindre qu'à l'aide de délabrements difficilement compatibles avec l'existence (hystérectomie). Ce corps fibreux, en effet n'avait nulle tendance à proéminer à l'intérieur de l'utérus.

La malade est donc partie enchantée du résultat obtenu, avec l'espoir de gagner ainsi l'époque de la ménaupose et la diminution physiologique du volume de la matrice.

La lecture de ces observations prouve la fréquence des névropathies chez les femmes atteintes d'affections utérines. La gastralgie et les accidents hystériformes constituent la forme névropathique qui est plus spécialement sous l'influence de la congestion utérine.

Cette lecture prouve aussi que la congestion a pour effet de produire un déplacement de l'organe qui devient souvent à son tour la cause d'une ulcération et d'accidents nerveux plus ou moins graves. Plus rarement le déplacement est primitif, il entraîne alors la congestion. Les accidents nerveux paraissent plus fréquents à la suite de déplacements qu'à la suite de congestion simple avec ou sans ulcération. Les congestions comme les déviations causent souvent des dérangements dans la menstruation. Ou bien l'écoulement sanguin est exagéré, ou bien, au contraire, il est réduit à quelques gouttes.

Il est encore difficile de se prononcer sur l'état général ; tantôt, comme dans les observations II et VI, il est pour ainsi dire primitif et prédispose la femme aux affections locales. Tantôt, au contraire, comme dans les autres observations, c'est la congestion utérine qui est primitive et qui ne tarde pas à retentir sur l'état général (c'est le cas le plus fréquent).

Quant au traitement, but principal de ce travail, on a pu constater combien de fois les traitements les plus variés ont été inefficaces (7 observations sur 16).

Par contre l'hydrothérapie, dans ses applications diverses, en s'adressant simultanément à l'affection générale et à la lésion locale sans exclure les cautérisations reconnues nécessaires, a obtenu sur les 16 observations relatées 14 succès complets et 2 améliorations. Encore une de ces dernières, la 16e, ne pouvait-elle guérir radicalement, puisqu'on avait affaire à un corps fibreux utérin.

Ce n'est pas seulement en décongestionnant l'utérus qu'agit la douche hypogastrique et lombaire. C'est aussi dans les déviations de cet organe que ce traitement, aidé de bains de siège à eau courante et de douches ascendantes vaginales ou rectales, comme dans les observations VI, X et XII, est un agent modificateur de premier ordre, parce qu'il s'adresse simultanément, d'une part aux accidents locaux et mécaniques, d'autre part aux symptômes généraux et sympathiques, de manière à combattre directement, et l'un par l'autre, ces deux ordres de phénomènes.

L'effet de l'hydrothérapie dans ces cas est tellement certain qu'on a vu une jeune femme (obs. XII), atteinte d'une antéversion avec d'autres accidents locaux, devenir enceinte après la guérison et accoucher naturellement. On avait déjà conseillé du reste le redressement des déviations contre la stérilité. Or le meilleur traitement des déviations c'est encore l'hydrothérapie.

Enfin les douches froides ont aussi une action régularisatrice sur la circulation utérine, soit pour provoquer les menstrues dans les aménorrhées (obs. II), soit pour arrêter des pertes dans des métrites hémorrhagiques (obs. III).

REVUE DE LA PRESSE

Prickly beat (lichen tropicus ; miliaire papuleuse, rouge...), par Pollitzer. (*Journal of cutaneous and g.-urin. diseases*, février 1893). — La miliaire rouge, pour cette raison qu'elle n'est pas une dermatose gênante et qu'elle n'apporte aucun trouble dans l'état général, n'a pas encore été bien étudiée, surtout au point de vue anatomique.

Plusieurs auteurs, Hebra entre autres, la considèrent comme un eczéma dû à l'irritation de la peau par la sueur sécrétée en quantité exagérée ; d'autres la confondent avec la miliaire cristalline qui, pour Pollitzer, diffère totalement de la miliaire rouge...

Pour mettre fin à ces divergences, ce dernier s'est proposé de faire des recherches microscopiques.

Voici ce qu'il a trouvé : dans le derme il n'y avait pas de lésion appréciable, si ce n'est que de temps en temps

la lumière des conduits sudorifères était un peu élargie. Dans la couche papillaire les capillaires semblaient bien remplis et souvent il y avait autour d'eux une légère infiltration de leucocytes, surtout dans les cas anciens.

Aucune modification n'existait dans la couche de Malpighi et bien que les espaces lymphatiques fussent distendus, il y avait absence de leucocytes émigrés. Çà et là se trouvaient dans le corps muqueux de larges espaces semblables à des kystes, qui n'étaient que la coupe de conduits sudorifères dilatés.

Ces espaces étaient ovales ou circulaires et souvent quelques-uns d'entre eux apparaissaient disposés suivant une ligne oblique, l'un au-dessous de l'autre, dans l'épaisseur du corps de Malpighi.

Tantôt le contenu de ces espaces était fluide, avec quelques granulations et quelques cellules épithéliales arrondies, tantôt il y avait un nombre considérable de cellules, tantôt l'espace en entier était rempli de cellules épithéliales serrées les unes contre les autres et de fragments de noyaux. Quand la vésicule apparaissait dans la couche supérieure de l'épiderme, elle était en général aplatie, présentant la forme d'une ellipse allongée ; le plus souvent, mais pas toujours, celle-ci était constituée à sa partie inférieure par les cellules du stratum granulosum.

La couche cornée était partout épaissie, non par augmentation du nombre des cellules, mais par accroissement de leur volume.

Les cellules, même dans les couches les plus superficielles, se présentaient souvent avec l'aspect de cellules vésiculeuses et non de minces lamelles ; ces mêmes couches étaient fréquemment soulevées par un liquide formant une sorte de vésicule à contenu clair. Souvent un conduit sudorifère était en connexion intime avec chaque vésicule.

En résumé, dans la miliaire rouge, on observe une couche cornée tuméfiée par imbibition, une couche de Malpighi légèrement œdématiée et contenant des conduits sudorifères dilatés sous forme de kystes, enfin un derme à peu près normal.

Il est inutile de montrer que notre description ne correspond pas à celle de l'eczéma, ni, d'après Haight et Robinson, à celle de la miliaire cristalline.

Dans cette dernière la lésion serait constituée par une vésicule parfaitement limpide, située entièrement dans la couche cornée.

Dans la miliaire rouge Pollitzer n'a rien trouvé qui ressemblât à des papules ; les kystes précédemment décrits ont certainement été pris pour des papules.

Ces kystes appartiennent évidemment à la classe des kystes par rétention ; pour Pollitzer il doit y avoir quelque part en dehors du kyste une occlusion du conduit. Cette occlusion doit se trouver dans les couches supérieures du stratum corneum, car les kystes se développent immédiatement au-dessous de celui-ci. Haight cherchait à expliquer le développement de la vésicule dans la miliaire cristalline comme le résultat du phénomène suivant : la sueur, arrivant subitement dans le conduit tordu en spirale, comprimerait un tour du canal contre un autre et produirait ainsi l'occlusion. Pollitzer n'admet pas ce mécanisme : si la sueur, sécrétée en quantité exagérée, amenait l'occlusion du conduit en un tour de spirale, la vésicule ne devrait pas siéger dans la couche cornée mais plus bas ; ce qui ne se produit pas. Pour lui, dans la miliaire cristalline consécutive aux maladies fébriles l'obstacle est dû à l'accumulation de l'épiderme à la surface des téguments pendant la période fébrile, alors qu'il n'y a pas production de sueur et qu'on néglige l'état de propreté de la peau.

Pour Pollitzer le processus est tout autre dans la miliaire rouge : sous l'influence de l'exagération de la sueur, les cellules de la couche cornée se tuméfient dans tous les sens et viennent obstruer les orifices des conduits sudorifères ; le liquide sudoral, ne pouvant s'écouler, dilate le conduit de plus en plus derrière l'obstacle.

On objectera que beaucoup de personnes, qui transpirent abondamment, n'ont pas de miliaire rouge ou n'en ont que dans certaines régions. Cela dépend de la richesse plus ou moins grande de la peau en graisse ; les cellules qui sont bien imprégnées de graisse ne peuvent absorber du liquide et par conséquent ne pourront se tuméfier et oblitérer le conduit sudorifère. Le nègre dans les tropiques transpire abondamment, mais n'a pas d'éruption, parce que sa peau est grosse ; tandis que l'Anglais dans les Indes est souvent atteint de miliaire, parce que l'usage trop répété qu'il fait du savon et de l'eau enlève à la peau sa matière grasse. Aucune région n'est aussi riche en graisse que la face, aussi la miliaire ne s'y observe pas, excepté au front où le port du chapeau contribue peut-être à sa production.

De tout ceci il résulte qu'un bon moyen de se prémunir contre la miliaire, c'est d'enduire après le bain du matin la peau d'un corps gras, tel que la lanoline additionnée d'un peu d'huile d'amandes douces. Il va sans dire que quand la miliaire est survenue, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de prescrire l'application d'une poudre inerte et d'éviter tout ce qui peut augmenter la transpiration.

Dr Barbe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1894. — *Présidence de* M. Alph. Guérin.

La correspondance comprend : une lettre de M. le Dr Liétard (de Plombières), président du Comité du monument Villemin, priant l'Académie d'envoyer des délégués à l'inauguration de ce monument qui doit avoir lieu à Bruyères (Vosges) le 30 septembre.

MM. Kelsch et Leblanc sont chargés de représenter l'Académie.

Mortalité des enfants en nourrice. — M. Charpentier lit un rapport sur le travail communiqué le 21 août à l'Aca-

lémie, par M. Le Dr Ledé, et relatif à la mortalité des enfants en nourrice.

Sur trois cas de mort subite en vélocipède. — M. L.-H. Petit. Ces trois cas sont survenus chez des sujets atteints l'affection cardiaque. L'exercice du vélocipède demande des efforts physiques et détermine des émotions morales violentes par suite de la crainte de tomber, de se rencontrer avec les voitures, les passants ; d'où retentissement considérable dans le cœur. Si celui-ci est déjà malade, comme dans les trois cas cités, la mort pour survenir pendant ces exercices, même sans qu'il y ait surmenage à proprement parler.

Donc :

1° Les maladies du cœur constituent une contre-indication formelle à l'usage de la bicylette ;

2° Il en est de même de la vieillesse ;

3° Les cardiaques, les vieillards qui s'y adonnent doivent s'attendre à des accidents graves, pouvant être mortels.

A 3 h. 45 la séance est levée.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Réuni à Edimbourg du 7 au 11 août 1894.

Séance du jeudi 9 août (1)

Nouvelle méthode de durcissement des yeux dans le formol. — M. Leber. Je désire vous recommander brièvement un nouveau moyen de durcissement et de conservation des yeux au moyen du formol.

Le principe actif du formol est le formaldéhyde qui est soluble dans l'eau avec un peu de méthyl-alcool dans la proportion de 40 p. 100. Pour durcir les yeux, le formol est mélangé avec 10 à 30 parties d'eau ; la meilleure proportion semble être 1 sur 10. Le formol a été recommandé pour la première fois l'année dernière par le Dr F. Blum pour la conservation des tissus animaux et végétaux en général et mon attention fut attirée sur ce sujet par le Dr Edinger. Le formol durcit les tissus par coagulation ; il n'a pas d'affinité pour l'eau, par suite, il n'y a pas de ratatinement. Il pénètre les tissus en un temps très court ; un œil frais peut être coupé au bout de vingt-quatre heures en conservant parfaitement son volume et la position relative de ses divers éléments ; il agit en fixant la structure histologique et les procédés habituels de coloration et de fixation dans la celloïdine ou la paraffine peuvent être appliqués aussi bien qu'après le durcissement dans le liquide de Muller ou par toute autre méthode, et encore est-il meilleur en ce qu'il n'est pas nécessaire de laver la préparation durcie.

Les principaux avantages du formol sont que le durcissement demande un temps très court, de un à plusieurs jours, et que l'on conserve la couleur et même une partie de la transparence des milieux. Après le durcissement, les pièces peuvent être, soit conservées dans le même liquide, soit montées dans la glycéro-gélatine pour servir à la démonstration. Le corps vitré reste parfaitement transparent et conserve sa consistance normale ; dans l'alcool à un certain degré de concentration il se ratatine un peu aussi bien qu'après le durcissement dans le liquide de Muller.

Le durcissement par le formol que j'emploie depuis quelques mois seulement et qui, par suite, peut être perfectionné pour les différents usages, est spécialement utile pour l'examen des yeux énucléés ; il permet de constater à l'œil nu les altérations pathologiques en très peu de temps et mieux que par les méthodes qui, actuellement, sont généralement employées ; il a tous les avantages pour l'examen à l'état frais et il conserve les dimensions et la structure histologique.

J'ai placé au musée quelques spécimens pour montrer les avantages de cette méthode à ceux que ce sujet intéresse.

Recherches expérimentales sur les abcès à staphylocoques de la cornée et sur leur traitement. — M. Bach (de Würzbourg). Les injections sous-conjonctivales de sublimé n'ont donné aucun résultat chez des lapins dans des cas d'abcès de la cornée. Les irrigations de sublimé doivent même être continues pour enrayer le processus infectieux. Au raclage de l'ulcère, Bach préfère la cautérisation qui lui paraît plus certaine et même moins dangereuse. L'hypopyon indique une complication inflammatoire du côté de l'iris et du corps ciliaire.

Sur la structure des cellules ganglionnaires de la rétine. — M. Bach. D'après mes recherches, les cellules de la rétine n'auraient pas une disposition fasciculée ; leur contenu serait nucléaire. La disposition de ces cellules n'est pas la même chez tous les animaux ; d'ailleurs la structure des éléments rétiniens est extrêmement fragile.

Nature du canal de Schlemm. — M. Gutmann (de Berlin) a injecté avec des liquides colorants le canal de Schlemm sur 35 cadavres ; il confirme complètement l'opinion de Schwalbe sur la communication existant entre la chambre antérieure et le canal de Schlemm. Il existe des lacunes intercellulaires permettant aux liquides et même aux éléments figurés de traverser l'endothélium de ce canal ; cette émigration peut être comparée à celle qu'effectuent les granulations de Pacchioni à travers les espaces cellulaires qu'on trouve dans les sinus de la dure-mère.

Kystes de l'iris. — M. Clark rapporte deux cas de kyste séreux de l'iris, l'un chez un enfant de 22 mois apparemment congénital, l'autre chez une femme de 32 ans qui semblait l'avoir depuis trois ans. Aucune histoire de traumatisme dans l'un ou l'autre cas. Les pièces proviennent du kyste congénital ; elles montrent un large kyste séreux remplissant les 2/3 inférieurs de la chambre antérieure déplaçant le cristallin et s'étendant en arrière dans le corps vitré ; l'aspect de la paroi antérieure du kyste et son évidente identité avec l'épithélium de la membrane de Descemet tend à jeter quelques doutes sur la théorie généralement acceptée de l'origine de ces kystes et, pour moi, elles me font penser à la possibilité d'un kyste développé dans un des espaces de Fontana qui, dans quelques circonstances, sont recouverts par une continuation de l'épithélium de Descemet.

Opération du strabisme. — M. Landolt (de Paris). Une expérience de vingt années m'a montré que le meilleur traitement opératoire du strabisme consiste à pratiquer l'avancement musculaire. En effet, à la suite de la ténotomie, les mouvements de l'œil sont souvent limités et

(1) V. *France médicale*, nos 33, 34 et 35, 1894.

l'action antagoniste des muscles non sectionnés n'est pas suffisamment compensée. La ténotomie place l'œil, pour ainsi dire, en dehors de son appareil musculaire, tandis que l'avancement l'y fixe au contraire davantage, ce qui rend cette dernière opération particulièrement utile pour les cas d'insuffisance motrice. Ainsi la ténotomie du muscle droit externe entraîne la perte d'une partie considérable de la puissance d'abduction et implique le danger d'un strabisme convergent consécutif. Par contre, l'avancement du droit interne suffit dans le même cas pour corriger le strabisme sans affaiblir les mouvements d'abduction. On peut dire que l'avancement n'est jamais suivi d'une position vicieuse de l'œil ni de rétraction de la caroncule, contrairement à ce qui a lieu dans la ténotomie.

Pour toutes ces raisons, je considère l'avancement musculaire comme le procédé de choix dans la strabotomie. Dans les strabismes légers il suffit de pratiquer l'avancement d'un seul muscle. Dans les strabismes d'intensité moyenne, le meilleur procédé est l'avancement des deux muscles homonymes. Ce n'est que dans les strabismes excessifs que j'ai recours actuellement à la ténotomie sous-conjonctivale sans détacher le muscle des tissus environnants.

M. Swanzy. Quelques-uns des points touchés par M. Landolt sont comparables à cet autre sujet, de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte, en ce sens que ce sont là des points sur lesquels il est probable que nous ne nous accorderons jamais ; le fait certain c'est qu'on peut obtenir de bons résultats par différentes méthodes, à la condition que celles-ci soient bien employées. Je ne crois pas que l'on doive abandonner la ténotomie simple pour la remplacer par l'avancement dans un aussi grand nombre de cas que le recommande M. Landolt et je crois que les règles du traitement opératoire du strabisme, posées il y a déjà longtemps par de Graefe sont encore très bonnes. Je n'ai jamais employé cette méthode elle-même mais je m'en suis souvent servi combinée avec la ténotomie dans les cas extrêmes de strabisme et, comme le Dr Landolt, j'ai quelquefois réséqué une portion du tendon avancé. Il est difficile de savoir quelle étendue du tendon on doit enlever pour produire l'effet désiré. Je ne trouve pas que l'avancement soit une opération qui ne doive jamais défigurer le malade. Ma méthode peut être défectueuse mais je trouve quelquefois un soulèvement rouge et désagréable au niveau de la nouvelle insertion et je serais heureux de savoir comment il se fait que M. Landolt n'éprouve aucune difficulté à obtenir une cicatrice plate.

M. Panas. Je partage entièrement l'opinion du Dr Landolt sur la supériorité de l'avancement, surtout lorsqu'il s'agit de strabisme par insuffisance paralytique. Il n'en est plus ainsi du strabisme concomitant, où le déséquilibre tient à des troubles non de la force musculaire (paralysie ou rétraction) mais des centres dévolus à la convergence. Dans ces conditions le recul donne une correction plus certaine alors que l'avancement, de l'avis même de ses partisans (voyez la thèse inaugurale de Laivey, inspirée par de Wecker), échoue dans l'insuffisance de convergence telle qu'elle existe chez les myopes ; c'est absolument le résultat auquel je suis arrivé moi-même, aussi je réserve l'avancement comme complément du recul dans le strabisme externe prononcé et dans celui paralytique aigu.

M. Roosa. Avant de connaître le travail de M. Landolt, j'avais, sur la foi d'un auteur français, employé la méthode de l'avancement substitué à la ténotomie dans les degrés très élevés de strabisme convergent ou comme adjuvant dans les cas où une ou plusieurs ténotomies avaient été pratiquées. Il peut être nécessaire dans certains cas de limiter le nombre des ténotomies. Mais substituer l'avancement à la ténotomie pour éviter la diplopie, c'est changer une opération légère en une beaucoup plus sérieuse. Si la réfraction peut être corrigée avec soin et en particulier l'astigmatisme qui peut être d'un degré élevé comme l'a montré le professeur Panas, nous aurons très peu de cas de diplopie. Il faut faire porter les verres avant l'opération pour essayer de guérir le strabisme avec ce seul moyen.

Si l'on échoue et si, comme cela est l'habitude, on peut faire porter les verres immédiatement après l'opération, il faut les choisir avec beaucoup de soin. Je ne crois pas que l'avancement puisse être, en règle générale, substitué à la ténotomie.

M. Gruening. Toutes les fois qu'il est possible de substituer la ténotomie à l'avancement, je pratique la ténotomie; je m'efforce d'éviter l'opération beaucoup plus sérieuse de l'avancement et je trouve que, même dans les cas de strabisme divergent, on obtient des résultats très satisfaisants par la simple ténotomie. Cela s'applique au cas de divergence absolue avec mobilité satisfaisante en dedans.

Dans ces cas, que le strabisme soit ou non associé avec l'amblyopie d'un œil, la ténotomie des deux muscles externes, jointe à une suture en dedans, suffit pour la correction de la déviation. Il est vrai que cette opération limite parfois les mouvements en dehors, mais cette limitation n'amène aucune gêne et ne défigure pas le malade.

M. Stevens. Il faut maintenir l'égalité des mouvements dans toutes les directions pour obtenir le meilleur résultat que l'on puisse demander à l'opération du strabisme, la fusion parfaite des images dans toutes les parties du champ visuel. Pour obtenir cette fusion, il faut assurer le relâchement des muscles correspondants. Par suite, faire une ténotomie sur un seul muscle et un avancement du muscle antagoniste sur le même œil, c'est être en désaccord avec ce principe.

Nous ne pouvons pas conclure de ce qu'un œil louche que le trouble est dû uniquement ou même principalement aux musles latéraux de cet œil. Nous devons aussi chercher les causes de ce trouble dans les divers états de tension qui peuvent causer cette convergence et la correction doit s'adresser à toutes ces diverses tensions.

Ma propre expérience, en ce qui concerne l'avancement, a considérablement modifié mon opinion sur son utilité dans les cas de strabisme. Il y a des années j'ai enseigné et pratiqué l'avancement de l'un des muscles comme une adjonction importante à la ténotomie du muscle opposé. Plusieurs des cas dans lesquels j'avais employé ce traitement m'ont donné récemment beaucoup d'ennui. Je crois que nous pourrons, dans la plupart des cas de strabisme, faire disparaître ce strabisme et obtenir la vision binoculaire avec rotation parfaite dans toute les directions si nous graduons avec soin la ténotomie sur les deux yeux en la rejetant après plusieurs mois ; mais, dans chaque cas, il faut avoir égard à la force des divers muscles.

M. Landolt. Je ne puis entrer dans l'étiologie du strabisme ; cela nous mènerait trop loin et c'est en dehors de la question.

Les critiques de mes collègues montrent qu'aucun d'eux
xamine, ou traite, ou opère ou suit ses malades comme
le fais moi-même et aucun d'eux, par exemple, n'a men-
nné la mesure de l'excursion des yeux, de la conver-
ence et de la divergence avant et après l'opération ; cela
endant doit être fait si nous voulons comprendre com-
tement son action et ses résultats.

M. P. nas m'objecte que l'avancement capsulaire, suivant
Wecker, donne souvent une correction insuffisante, mais
n'ai pas même mentionné ce procédé opératoire. S'il a
noué avec l'avancement musculaire je ne puis que le re-
ter. Ce sont les excellents résultats que cette opération
a donnés, et cela précisément dans le strabisme concо-
tant, qui m'ont encouragé à lui donner la préférence
le reculement.

Mon excellent ami Swanzy considère encore les règles de
strabotomie posées par de Graefe comme les seules cor-
tes et il s'y rattache entièrement. Il est toujours pé-
le d'être en désaccord avec un maître auquel nous de-
ns tant de choses qu'à de Graefe et si je me permets de
tiquer ses vues sur ce sujet, je désire manifester d'abord
n profond respect pour ce maître des maîtres. Mais Kren-
el a déjà démontré théoriquement dans les *Archiv. für
hthalmologie*, 1879, ce que mes recherches pratiques ont
mplètement prouvé, que le reculement d'un muscle di-
nue plus fortement la motilité dans cette direction qu'il
l'augmente dans le sens opposé. C'est l'inverse dans le
s d'avancement.

Je suis entièrement d'accord avec le Dr John Roosa lors-
'il dit que l'on doit faire les plus grands efforts pour
tenir la correction des vices de réfraction dans le traite-
nt du strabisme. Assurément je ne considère nullement
pération comme suffisante pour guérir le strabisme, mais
ulement comme une étape dans une route longue et dif-
ile.

J'espère sincèrement qu'un certain nombre d'entre vous,
es chers collègues, se sentiront encouragés à remplacer
ns la plupart des cas la ténotomie par l'avancement et à
us apporter, lors de notre prochaine réunion, les mêmes
sultats satisfaisants que l'opération m'a donnés à moi-
ême.

**Valeur relative du mercure et de l'iodure de potassium
ns le traitement de la syphilis oculaire.** — M. Chibret.
puis vingt-neuf ans, Chibret suspecte l'IK de n'avoir pas
valeur spécifique dans la syphilis ; dix-neuf ans de pra-
que ophthalmologique l'ont confirmé dans cette opinion.
Les observations et expériences de traitement longue-
ent suivies l'ont conduit à établir les propositions sui-
ntes :

1° En syphilis oculaire le Hg seul agit presque toujours ;
K seul n'agit jamais.

2° En syphilis général le Hg seul agit presque toujours et
r tous les accidents ; l'IK seul n'agit que sur certains
cidents et d'une façon inconstante.

3° En syphilis oculaire et générale le Hg seul peut servir
pierre de touche pour fixer le diagnostic étiologique.

4° Le Hg, seul spécifique de la syphilis, est en même
mps un poison de l'organisme et surtout du système ner-
ux : de là la gravité de la syphilis nerveuse.

5° L'IK, comme contrepoison du Hg, est fréquemment
diqué dans la syphilis pour éliminer ou faire tolérer le Hg.

6° L'IK agit en outre sur le lymphatisme et sur le rhu-
atisme.

7° La syphilis grave n'est éteinte que par le Hg seul ou
associé à l'IK.

La pratique de l'ophthalmologie conduit à la défiance
dans l'IK et par conséquent à lui nier une valeur spéci-
fique.

Il ne suffit pas d'une négation il faut expliquer l'action
de l'IK. L'IK n'a pas d'action locale comme Hg. Il agit sur
l'organisme entier immédiatement par élimination du Hg,
immédiatement sur le rhumatisme et le lymphatisme qui
constituent souvent une indication à côté de la syphilis.
Médiatement l'IK, en éliminant le Hg, peut tenir lieu d'un
traitement mercuriel, remédier à la saturation ou à l'em-
poisonnement mercuriel, faciliter au début l'administration
du Hg chez les malades qui le tolèrent mal.

Une observation montre une jeune fille vigoureuse
atteinte de symptômes ophthalmo-cérébraux graves sans
antécédents apparents : deux mois d'IK à haute dose et un
mois de sirop de Gibert conduisent à une aggravation co-
lossale.

4 injections de Hg-Cy donnent un mieux léger suivi d'ag-
gravation ; on adjoint l'IK au Hg-Cy, le traitement est mieux
toléré et poursuivi pendant six semaines. La suppression
du traitement donne une amélioration rapide qui devient
ensuite lente, mais progressive et se maintient en s'accen-
tuant avec des traitements successifs par les injections de
Hg-Cy employées seules.

Le traitement mercuriel expose à deux inconvénients
qu'il faut éviter : la saturation et l'empoisonnement ; ces
accidents surviennent en raison directe de l'âge, en raison
inverse de l'activité des échanges organiques. La saturation
se reconnaît à ce fait que le Hg, antérieurement actif, cesse
de l'être ou est moins bien toléré.

Saturation et empoisonnement sont des indications for
melles de l'IK.

Les injections de sels solubles, notamment du Hg-Cy,
constituent une excellente médication et une pierre de
touche souvent sûre pour déceler la syphilis. Dans la sy-
philis nerveuse il y a quelquefois intolérance pour ce trai-
tement et nécessité de lui adjoindre l'IK qui le fait tolérer.
Avec les injections de Hg-Cy, l'IK ne trouve que d'assez
rares indications, c'est surtout avec les sels insolubles que
le Hg s'accumule dans l'organisme et que l'on doit recou-
rir à l'IK. Dans tous ces cas 1 à 2 grammes sont des doses
suffisantes.

Le Hg-Cy dissous dans l'eau et la glycérine à un pour 200,
avec faible addition de cocaïne, est un liquide facile à pré-
parer, n'attaquant pas les instruments et très bien supporté
en injection profonde à la fesse à la dose moyenne de
1/2 centigramme.

Au début les injections sont quotidiennes durant quatre
à neuf jours puis doivent devenir triheddomadaires.

Le seul accident à redouter est la diarrhée : il faut sus-
pendre le traitement dès qu'elle apparaît et le reprendre
ensuite à doses moindres.

Les syphilis ophthalmo-cérébrales du déclin de la vie,
après 40 ans, ne sont sûrement éteintes que par les
injections de sels solubles. L'IK seul a sur elles une action
néfaste, il améliore et conduit à des désastres.

Le traitement avec interruptions doit durer deux ans au
moins, trois ou quatre ans chez les sujets au déclin de la
vie.

L'IK n'est utile qu'en cas d'intolérance ou de saturation
mercurielles, action médiate ; en cas de rhumatisme ou de

lymphatisme, action immédiate. En dehors de ces cas il est inutile et même nuisible, car il diminue l'action thérapeutique du Hg.

Le meilleur mode d'emploi du mercure dans la thérapeutique oculaire. — M. Darier. Lorsque le traitement général mercuriel est indiqué, je donne la préférence aux injections de sels solubles en général et en particulier à celles de cyanure de mercure. J'emploie des injections largement diluées répétées tous les jours ou tous les deux jours d'après les indications.

Lorsqu'il est impossible d'avoir le malade sous la main et qu'il n'y a pas de médecin pour faire les injections, les frictions sont indiquées. On obtient ainsi de bons résultats si l'on a soin de renseigner exactement son malade sur ce qu'il doit faire.

Les injections massives de sels insolubles doivent être réservées pour les cas où il y a déjà eu un traitement mercuriel assez prolongé et où le malade a montré une parfaite tolérance pour ce médicament.

Quant aux injections intraoculaires, elles sont spécialement indiquées dans les affections graves du corps vitré, les infections traumatiques profondes, dans l'ophtalmie sympathique avancée, dans les troubles syphilitiques graves qui ont résisté à la fois au traitement général et aux injections sous-conjonctivales.

Les injections sous-conjonctivales ont de nombreuses indications : 1° c'est le moyen le plus puissant et le plus rapide d'assurer l'antisepsie dans les infections traumatiques et opératoires, dans les ulcères infectieux et dans les abcès de la cornée avec hypopion; 2° elles ont une action fortement résolutive sur la kératite parenchymateuse torpide, sur les exsudations de la choroïde, sur certaines iritis plastiques, lorsqu'il n'y a pas de stase veineuse très prononcée; 3° comme antisyphilitique, leur action est rapide et sûre contre les manifestations oculaires de la syphilis à tous leurs degrés.

M. Hess (de Leipzig), dans une série d'injections sous-conjonctivales de sublimé faites chez des lapins, n'a jamais vu survenir aucune modification dans des abcès de la cornée à toutes les périodes de leur évolution. Il en a été de même pour les affections de la chambre antérieure ou du corps vitré.

M. Deutschmann a fait environ deux mille injections sous-conjonctivales de sublimé et se montre partisan de cette méthode. Dans les ulcères de la cornée elles sont préférables au fer rouge ; dans les kératites interstitielles c'est le traitement qui réussit le mieux et qui diminue le plus la durée de la maladie. Dans les iritis aiguës, syphilitiques ou non, ce traitement réussit très bien, même quand on n'instille pas d'atropine pour se rendre compte de la valeur de la méthode. Au bout de huit jours de traitement il n'y a plus de synéchies. Dans les affections du nerf optique ces injections n'ont aucun effet. Dans les suppurations post-opératoires, il n'y a pas de meilleur moyen de sauver la situation.

M. Dufour. Je puis affirmer que tous les avantages qui ont été mentionnés sont entièrement vrais.

Il est très intéressant de connaître l'expérience négative des Drs Bach et Hess, mais je n'hésiterai pas une minute à me servir de nouveau des injections, même si un chimiste ne peut trouver trace du sublimé dans l'œil. Cela prouve seulement que la quantité suffisante de sublimé est beaucoup plus petite que nous ne le croyons encore. M. Dufour rapporte deux cas, l'un dans lequel un éclat de fer, ayant pénétré dans la chambre antérieure, amena sur son pourtour une exsudation infectieuse et rapidement progressive ; dans l'autre il s'agissait d'une exsudation dans l'humeur vitrée consécutive à une plaie accidentelle ayant traversé la cornée et l'iris.

M. Gutmann rapporte, au contraire l'observation d'une irido-choroïdite spécifique intense et qui, au cours du traitement par les injections, fut compliquée d'une iritis aiguë très violente.

M. Bach confirme les conclusions de M. Hess. Sur 40 lapins mis en expérience, aucun n'a bénéficié des injections.

M. Chibret. J'ai fait un grand nombre d'injections sous-conjonctivales de Hg-Cy dans la syphilis oculaire et notamment dans la kératite parenchymateuse syphilitique.

Dans ces cas, pratiquement et théoriquement, on ne peut contester leur efficacité. C'est dans la kératite parenchymateuse syphilitique que j'ai pu me convaincre que l'IK n'a pas la valeur spécifique du Hg. Les injections sous-conjonctivales de Hg-Cy étaient souvent suivies d'une amélioration qui a toujours fait défaut après celles d'IK.

Dans les infections par les coccus de la suppuration, l'effet des injections sous-conjonctivales est beaucoup plus discutable. Dans la kératite à hypopion j'ai eu des résultats très inconstants. Mes insuccès sont trop nombreux pour que je puisse volontiers admettre une action antiseptique ; je crois que l'injection sous-conjonctivale agit peut-être autant par l'eau que par le Hg.

Si l'on veut bien distinguer l'infection syphilitique de l'infection suppurative, on est conduit à considérer les injections sous-conjonctivales comme une ressource souvent précieuse dans la syphilis oculaire, souvent précieuse dans l'infection suppurative. La première action est bien établie, la seconde a besoin de nouvelles recherches concernant les indications cliniques et le mode d'action.

M. Darier. Pour répondre au Dr Bach, je dirai simplement que s'il n'a pas trouvé de mercure dans les liquides de l'œil après les injections sous-conjonctivales, trois autres expérimentateurs en ont toujours trouvé dans les mêmes conditions par l'électrolyse, ce sont MM. Bouhy, Gallemaerts et le professeur Joly. Quant aux expériences du Dr Hess, je dois dire qu'elles sont très intéressantes, elles montrent que les lapins ne sont pas aptes à profiter de la thérapeutique sous-conjonctivale. Heureusement, nous avons rarement à faire avec de pareils malades.

Cliniquement, tous ceux qui ont pratiqué des centaines d'injections en sont très satisfaits. Ce sont seulement ceux qui n'en ont pratiqué que quelques-unes qui sont opposés à cette thérapeutique. Ils sont dans la première période que j'ai traversée avant d'être apte à connaître les indications et les contre indications des injections sous-conjonctivales.

Je leur conseillerai simplement de continuer leurs expériences et lorsqu'ils en auront fait des centaines, je suis sûr qu'ils en seront satisfaits comme je le suis moi-même.

Peut-être me suis-je montré un peu trop enthousiaste au début de mes premières publications, mais les indications des injections sous-conjonctivales prendront bientôt leur vraie place et leurs applications précises.

Recherches sur la correction opératoire de la myopie élevée. — M. Thier (d'Aix-la-Chapelle) a fait 38 fois cette

on, 11 fois sur les deux yeux d'un même malade, d'un seul côté. Presque toujours, il y a eu une amé- on notable de l'acuité visuelle. L'auteur a opéré des s en discisant largement le cristallin avec le couteau, oute son épaisseur.

UKALA fait aussi la discision et repousse l'extraction ive. L'extraction brusque du cristallin amène, en ans l'œil, une détente subite qui entraîne une hype- dangereuse de la choroïde.

CHMIDT-RIMPLER. Il faudrait voir ces malades longtemps l'opération, ce qui n'a pas encore été fait. Chez une e opérée de discision sur un œil, la myopie a évolué même manière sur les deux yeux, amenant les mêmes s choroïdiennes. On en pourrait conclure que, chez ines gens, il est préférable d'opérer les deux yeux.

PFLUGER. J'ai fait 40 fois cette opération qui m'a urs donné de bons résultats. Les lésions choroïdiennes nt pas, pour moi, une contre-indication; en effet, il y a peu de myopies élevées qui n'en soient accompa- . Chez les adultes, il faut surveiller l'état de la tension ire après la discision et, au besoin, la régler au moyen nctions. Je n'oserais pas disciser largement le cris- au couteau, comme le fait M. Thier, de crainte de e corps vitré pénétrer dans la chambre antérieure et iler au dehors.

THIER. Une large discision a pour résultat de hâter la ption du cristallin, et, d'autre part, une bonne anti- e rend l'issue d'un peu du corps vitré peu dangereuse. le meilleur moyen d'avoir une pupille absolument sans cataracte secondaire. La contraction de la cap- amène parfois des tiraillements du tractus uvéal et rritation que nous évitons avec une discision totale.

ération pour obtenir une pupille centrale dans un cas o-cyclite grave. — M. NOYES. Le cas que j'ai opéré est exceptionnel, mais l'opération pourra probablement appliquée à un certain nombre de cas. Vous avez un l'irido choroïdite grave et il ne reste plus qu'une e perception lumineuse.

idotomie et l'iridectomie sont impossibles. On ne de même, chercher à disciser l'iris avec des aiguilles. enez un couteau de de Graefe et faites deux incisions de chaque côté de la cornée, puis, en retirant le cou- plongez-le à travers l'iris, dans le voisinage du centre; ient du sang, faites une irrigation avec de l'eau salée, tez celle-ci par l'une des ouvertures en la laissant r par l'autre. Maintenant, coupez l'iris avec les ciseaux ecker à chaque extrémité de la ponction, puis irriguez re la chambre antérieure. Accrochez le lambeau coupé es ciseaux de Becker et réséquez-le avec des ciseaux naires.

DARIER. Dans les cas d'occlusion de la pupille avec kie, si l'iris est assez sain et semble posséder suffi- ment le pouvoir de se contracter, l'iridotomie pra- ée avec les ciseaux de Wecker donne de très bons ltats. C'est un fait bien connu.

is dans les cas où la pupille est oblitérée par des exsu- épais et anciens et où l'on peut craindre que les fibres nnées de l'iris aient perdu la plus grande partie de contractilité, il est de beaucoup préférable de pro- r tout de suite à l'excision de la partie centrale de la brane qui oblitère la pupille ; pour l'obtenir je ne nais pas de meilleur moyen que celui qui a été pro- par M. Abadie.

Avec deux couteaux lancéolaires, il fait en même temps deux incisions verticales de chaque côté de la cornée, à environ 1 millimètre de limbe. Par l'une de ces incisions il passe les ciseaux de Weber et fait dans la membrane deux sections formant entre elles un V avec un angle d'environ 28 degrés. Par l'autre incision un aide attire en dehors au moyen d'une pince le sommet du lambeau angulaire que l'opérateur coupe à sa base au ras de l'incision de la cornée. Il reste alors une pupille triangulaire qui a une très bonne apparence.

Les avantages de cette opération c'est qu'il n'y a pas de tiraillements de l'iris et ces tiraillements sont dangereux parce qu'ils amènent des hémorrhagies.

J'ai souvent pratiqué avec de grands avantages l'iridectomie d'Abadie et ceux qui l'ont vu employer une seule fois y reviendront certainement.

De la structure microscopique du ganglion ciliaire. — M. MICHEL (de Wurtzbourg). Des recherches histologiques faites d'après la méthode de Golgi m'ont démontré que le ganglion ciliaire est un ganglion sympathique : ses cellules nerveuses présentent tous les caractères en effet des cellules sympathiques. Elle sont multipolaires, pourvues d'un prolongement cylindraxile, ainsi que de nombreuses crénelures, et entourées chacune d'un réseau péricellulaire formé par les fibres terminales du nerf moteur oculaire commun. Ce nerf agit par contact sur les cellules nerveuses du ganglion ciliaire et anime ainsi par voie indirecte les fibres lisses du sphincter irien et du muscle ciliaire.

Nouveau système dioptrique pour mesurer et désigner les prismes. — M. SWANN BURNETT. Le système actuel du numérotage des prismes par leur angle n'est pas scientifique et pas exact, puisqu'il ne fait pas entrer en considération un facteur important comme l'indice de réfraction du verre. On a proposé de ne pas s'occuper de l'angle du prisme et de mesurer les prismes d'après le degré de refringence qu'ils produisent, refringence mesurée sur un plan placé à 1 mètre de distance. Un prisme produisant une déviation de 1 centimètre sur ce plan placé à 1 mètre, porterait le numéro 1 ; un prisme donnant une déviation de 2 centimètres porterait le n° 2 et ainsi de suite. Cette unité a été appelée prism-dioptrie (P. D.) (Burnett) ou central (Cr.) (Dennett). Elle a été acceptée par ceux qui ont discuté la question en Amérique, en particulier par Prentice qui, le premier, a proposé la méthode ; par Dennett, par Jackson, qui a été le promoteur de la réforme en proposant l'usage de l'angle minimum comme base du numérotage ; par Randall et Burnett et par les fabricants qui fournissent tous les prismes employés en Amérique et qui les marquent (Δ) au lieu de (0), depuis que le degré n'est plus employé pour distinguer les prismes. La valeur scientifique et la simplicité du système et ses applications ont été démontrées dans divers articles par les auteurs mentionnés ci-dessus. Sauf quelques exceptions, tous les prismes fournis par les opticiens américains sont maintenant mesurés et numérotés conformément à ce système.

Traitement par l'antipyrine de certaines formes d'atrophie du nerf optique. — M. VALUDE (de Paris). Aux faits que j'ai déjà publiés l'année dernière je puis ajouter une ou deux observations récentes et un cas publié par M. le Dr Bistis, de Constantinople, et où l'antipyrine a réussi à améliorer un atrophie optique qui avait résisté à divers traitements. L'antipyrine doit être donnée en injections hypodermiques

plutôt que par la voie buccale qui expose à des troubles digestifs. On se sert d'une solution saturée d'antipyrine (1 gramme d'antipyrine pour 2 grammes d'eau avec adjonction d'une faible quantité de cocaïne pour diminuer la douleur de l'injection) dont on injecte 2 grammes tous les deux jours (1 gramme de substance active).

Ce traitement ne convient pas à toutes les formes d'atrophie optique, mais seulement dans celles qui sont consécutives à des névrites descendantes et qui ont pour origine une méningite ou pachyméningite localisée ou généralisée. Dans ce cas l'amblyopie a été précédée et accompagnée de maux de tête et l'on observe des signes de névrite optique avant l'atrophie.

Le traitement par l'antipyrine supprime la céphalée et remonte l'acuité visuelle lors que tout autre traitement reste infructueux. C'est l'acuité visuelle pour les objets rapprochés, c'est-à-dire l'acuité la plus utile (lecture, écriture, couture), qui se trouve surtout heureusement influencée par ce mode de traitement.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(22e *session tenue à Caen du* 9 *au* 15 *août.*)

—

Du danger des exercices sportifs chez les enfants. — M. Le Gendre (de Paris). Pour se rendre compte des inconvénients et de l'abus des exercices physiques durant la croissance, il faut rappeler les conditions physiologiques des adolescents. On peut les résumer dans cette phrase : ce qui les caractérise à cet âge est un développement inégalement rapide et variable, suivant l'individu, des divers appareils. De là un équilibre instable, menacé sans cesse par l'insuffisance ou la suractivité fonctionnelles de tel ou tel appareil.

Quelles sont les *prédispositions morbides* créées par *la croissance* et comment l'excès des exercices physiques fait-il prendre à l'organisme la route indécise qui sépare la prédisposition de l'état morbide ?

Du côté de l'*appareil circulatoire* : il faut signaler l'excès de tension artérielle, par la suractivité du cœur, qu'il soit hypertrophié ou seulement sollicité à des contractions plus énergiques. D'où la fréquence des palpitations, des épistaxis, des vertiges, des bruits auriculaires subjectifs, etc. La tendance au raptus congestif est intense chez les enfants de souche arthritique et la prédisposition aux troubles circulatoires chez les adolescents menacés par une tare héréditaire, cardiaque ou vasculaire.

L'*appareil respiratoire* des enfants de souche neuro-arthritique présente une susceptibilité spéciale se traduisant par des accidents catarrhaux brusques, sous l'influence des refroidissements tégumentaires. Ils ont des tendances à l'emphysème et la dyspnée facile.

Du côté de l'*appareil locomoteur*, les zones juxta-épiphysaires des os s'hyperémient facilement ; elles sont un terrain préparé pour l'ostéite et l'ostéomyélite infectieuse et le développement des germes de ces affections. Chez les arthritiques, fréquence des hydarthroses du genou; chez les scrofuleux, tendance des arthrites aiguës à devenir chroniques.

L'*appareil digestif*, surtout celui des enfants de neur arthritiques, a une tendance à l'atonie musculaire. La fatigue musculaire augmente cette aptitude à la gastrectasie ; l'abus de l'ingestion des liquides, trop fréquent dans les exercices sportifs, provoque la dilatation de l'estomac. De plus, l'appendicite et les typhlites, plus fréquentes chez les adolescents, créent trop souvent une imminence morbide, que certains exercices transforment en état pathologique.

Du côté du *système nerveux*, l'adolescent a une tendance aux céphalées, à la chorée, aux tics et un état physique qui se traduit par un engouement exagéré pour ces exercices.

La *crise de puberté*, chez les filles, est souvent accidentée par des congestions ovariennes et des dysménorrhées.

En présence de ces diverses prédispositions morbides inhérentes à l'état de croissance, on ne s'étonnera pas que l'abus des exercices physiques les mette en jeu souvent.

Il y a des accidents imputables à l'abus de certain exercice physique.

La *fièvre de surmenage* se montre chez des enfants qu'on laisse de temps en temps se livrer, avec ardeur, à des exercices disproportionnés avec leurs forces ; il en résulte une destruction rapide d'une grande quantité de matière et, par suite, l'élimination imparfaite de déchets mal oxydés. Dans ces conditions, on voit apparaître la fièvre, la nuit ou le lendemain d'une longue promenade à pied ou en bicycle, d'une partie de foot-ball ou de tennis : l'abattement, les yeux cernés, les urines rares, foncées, chargées d'urates ou de phosphates, l'anorexie et un peu d'embarras gastrique, la douleur spontanée ou provoquée au niveau de certains groupes musculaires plus spécialement surmenés (mollets, cuisses, biceps ou deltoïde, masse sacro-lombaire, droits et obliques de l'abdomen), seront des éléments du diagnostic de cette fièvre musculaire.

En provoquant la congestion des épiphyses et l'ostéite juxta épiphysaire, le surmenage peut être l'occasion d'une ostéo-myélite infectieuse, si des staphylocoques ou autres microbes ont pénétré dans la circulation. Par une des nombreuses portes d'entrée des téguments, des muqueuses naso-pharyngiennes, ou simplement de l'intestin normal à la faveur du surmenage, « le sang des animaux surmenés cultive (expériences de Charrin et Roger) ».

La *dyspepsie des surmenés* a pour cause les sudations excessives, les ingestions de liquide compensatrices et une sorte d'inhibition des sécrétions et de la motilité gastriques.

Les *troubles cardiaques* sont encore une des conséquences possibles de tout abus d'exercice physique, surtout fait avec précipitation.

Chaque exercice physique met plus spécialement en jeu tel ou tel appareil. Chez un adolescent dont tel appareil s'est développé avec excès et dont tel autre est insuffisant, on peut tirer, au point de vue prophylactique, parti de tel ou tel exercice. Ce choix judicieux parmi les exercices physiques ne semble pas en ce moment préoccuper assez les apôtres du sport ; ce choix est à l'ordinaire déterminé presque uniquement par la mode ou la fantaisie individuelle. C'est d'abord contre ce défaut de choix qu'il faut protester ; c'est aussi contre l'abus et contre le défaut d'entraînement, qui transforment promptement un exercice utile en une source d'accidents.

Il y a des *accidents plus spécialement liés à l'abus de certains exercices.*

le dont l'usage modéré est excellent après un
nt convenable, peut produire plus spécialement
r les inflammations articulaires des genoux et
es, la psoïtis, les typhlites ou appendicites, les
ingites, la cyphose cervico-dorsale, les palpita-

ball cause assez souvent des traumatismes variés.
ie statistique récente, dans le premier trimestre
n a compté pour la seule Angleterre 1 fracture
15 fractures de jambes, 6 de la clavicule, 1 de
et 1 du bras, 5 luxations de l'épaule et 1 du ge-
ssures diverses dont 3 mortelles et 15 *décès*.
tage, le patinage, surtout la course produisent,
des palpitations, la dilatation des cavités cardia-
robablement l'hypertrophie du cœur idiopathique
n valvulaire.

grès de Besançon, M. Legendre a cité des faits qui
nt que la course, le foot-ball peuvent provoquer
dolescents les plus graves perturbations du cœur.
Congrès de Rome, M. S. Laache (de Christiana)
pris que, dans son pays, la jeunesse des villes,
fillettes de six à dix ans, prend part à des exer-
tifs (courses en traîneau, courses avec les patins
avec un engouement tel que les pouvoirs publics
préoccupés et que le côté sanitaire de la ques-
port fut, il y a deux ans, mis à l'ordre du jour de
de médecine de Christiana. Les membres de
urent d'accord sur deux points : les dangers de
sport et le mal qu'il peut faire en devenant affaire
, et la nécessité de mesures de précaution à établir
tout, d'une limite d'âge à imposer dans les con-
courses avec patins.

rend l'abus presque inévitable c'est la mise en
émulation entre enfants d'âges différents, et la ri-
s établissements scolaires et l'organisation des
des lendits, des paris.

pas possible de ne pas ranger parmi les inconvé-
ces tendances nouvelles le retentissement fâcheux
ne manquent pas d'avoir à la longue sur les études.
exercices modérés, régulièrement faits, sont un
ntrepoids au labeur intellectuel, il ne l'est pas
ne les abus sportifs auxquels on convie les adoles-
nos collèges entravent l'étude, par la préoccupa-
ale qui précède un match ou un lendit, et par la
xcessive des lendemains.

remèdes à ces abus? M. Legendre propose les sui-

nède aux abus que nous avons cru devoir dénoncer
rait : 1° à faire examiner chaque enfant par un mé-
ant de le laisser se livrer à tel ou tel exercice phy-
s'il y a quelque tare des appareils circulatoire,
eur, digestif, ou du système nerveux, à interdire
ices qui peuvent l'aggraver ; 3° à exiger toujours
aînement progressif ; 4° à *encourager l'exercice, faire la guerre au sport*, dans les établissements

.

DLQUIN (de Saint-Aubin-sur-Mer) voudrait voir les
s physiques devenir seulement des moyens de passe
d'entraînement. Il condamne certains d'entre eux:
ball et la course, et recommande ceux moins mo-
es barres et du ballon.

TEREW préfère le système russe. On y admet le
des exercices physiques, mais on y condamne le système des concours, des luttes et des matchs. Quant aux exercices qui produisent la fatigue ou peuvent mener au surmenage, on ne les tolère qu'après l'avis du médecin.

M. Tissié n'est point ennemi des exercices qui favorisent les échanges organiques, la nutrition et le développement du système nerveux. Ce sont pour les enfants les jeux éducatifs, et pour les adultes, les sports ; mais leur abus est redoutable quand ils conduisent à une fatigue nerveuse excessive. Dans un intérêt social et individuel, il ne faut point augmenter par de tels abus la neurasthénie de nos contemporains.

M. Alglave ne voudrait point qu'on légiférât trop sur ce point. Il demande la liberté pour les enfants de choisir les exercices à leurs goûts. Il s'élève plutôt contre l'organisation et l'insalubrité de nos établissements d'enseignement. Il s'élève aussi contre l'abus et le surmenage des concours toujours en honneur dans l'Université.

M. De Coubertin est partisan des sports. Il demande que si une enquête doit s'ouvrir sur l'abus des exercices sportifs, on la fasse sur des groupes nombreux d'individus qui s'y livrent.

Les traumatismes sont rares dans les exercices du foot-ball, contrairement à l'assertion de M. Legendre, et l'on s'en convaincra si on remarque qu'en Angleterre plus de 30.000 personnes s'y adonnent. D'ailleurs, il y a là une question de mœurs et, dans les milieux anglais où le foot-ball se pratique, les accidents sont souvent le résultat de querelles que les rivaux vident sur le terrain.

M. de Coubertin défend l'athlétisme et le sport parce que c'est un moyen de détourner l'ouvrier d'autres passions plus redoutables et de prévenir l'atrophie de la volonté dans les milieux universitaires.

Je n'insiste point sur cette communication qui n'a rien d'absolument médical, touche à la haute pédagogie, mais ne diminue en rien l'utilité pour les parents de prendre l'avis du médecin avant de choisir un exercice sportif.

Dans cette controverse, sans sanction pratique d'ailleurs, M. Bouchard a dit les derniers mots en protestant contre les concours sportifs et les abus des exercices physiques. Il redoute surtout les concours, car les dangers résultent de l'acte physique ou d'actes chimiques.

La température du corps s'élève à 39, 40 et même 41 degrés, d'où la possibilité du coup de chaleur parfois mortel, de la dyspnée (dyspnée modératrice de la température de Lorain), accidents redoutables surtout quand le cœur et le poumon fonctionnent mal.

Comme actes chimiques, il y a dénutrition pendant les efforts musculaires, l'affaiblissement musculaire, le surmenage ; l'organisme, diminué dans sa résistance, devient un terrain préparé aux maladies infectieuses : dysenterie, typhus.

M. Bouchard a vu, à la suite d'exercices exagérés de bicyclette, cet état général d'imminence morbide se produire.

D'ailleurs, rien de plus faux que de dire que l'on remédie à la fatigue intellectuelle par une fatigue physique. Somme toute, ce sont deux fatigues qui s'ajoutent.

M. Bouchard demande donc, non pas la suppression des exercices physiques, mais la réglementation de leurs abus.

On peut laisser en partie aux enfants le choix de ceux qu'ils préfèrent, mais sous la surveillance du médecin. Quant à maintenir les concours athlétiques, il y tient peu, mais demande, dans les cas où on ne pourrait les empê-

cher, de refuser d'inscrire parmi les concurrents ceux dont les pulsations s'élèvent à 180 par minute, après un exercice d'épreuves. (*A suivre.*)

MÉDECINE LÉGALE

L'affaire du Dr Lafitte

Une très grave affaire de médecine légale vient de se passer le 2 juillet dernier, devant la Cour d'assises de Seine-et-Oise; nous reproduisons ci-dessous les pièces du procès et d'abord la lettre adressée par le Dr Lafitte, de Rosny, au Dr Cézilly, directeur du *Concours médical.*

LETTRE DU Dr LAFITTE, DE ROSNY

Versailles, le 12 août 1894.

Monsieur et Honoré Confrère,

Je suis la victime d'une monstrueuse erreur judiciaire, d'une odieuse calomnie, d'un jury qui n'a rien compris, et surtout des déclarations d'un médecin légiste officiel.

Voici en peu de mots le résumé *vrai* et complet de l'affaire.

Une malheureuse que je soigne pour chloro-anémie et métrite granuleuse du col, par les amers, les ferrugineux, les injections astringentes et détersives et à laquelle je touche légèrement les granulations au nitrate d'argent, avec application consécutive d'un tampon de ouate boriquée, avorte le 29 *janvier.*

Le 1er février, sur lettre anonyme, le parquet de Mantes envoie le Dr Bonneau, qui reconnaît chez la femme les traces d'un récent avortement et la femme avoue avoir avorté à la suite d'une chute,

Le lendemain, pressée de questions, elle déclare que la fausse-couche est le résultat de manœuvres abortives que j'aurais pratiquées sur elle :

1° Par médicaments donnés depuis le 27 décembre.

2° Par des manœuvres pratiquées sur elle les 17 et 23 janvier.

On ne *trouve point de fœtus*, et l'on n'a pour conclure à un avortement qu'un col *sain*, mais légèrement entr'ouvert et sanguinolent — quand je dis sain, on *reconnaît des traces de métrite.*

Voilà l'accusation, basée sur *la seule affirmation de l'accusée et intéressée.*

Quelles sont les manœuvres abortives ?

1° Le 17, introduction d'une grosse sonde à double courant dans l'utérus, où après *farfouillement* (sic), il serait sorti par le bec de la dite sonde un flot de sang recueilli dans une cuvette. Puis, introduction dans le col d'une éponge préparée. La femme fait, pour rentrer chez elle, *à pied*, 8 kilomètres, travaille aux champs comme si de rien était, *n'éprouve aucune douleur, ne perd plus une goutte de sang.*

Revient le **23**. Même opération, même métrorrhagie abondante, même introduction d'éponge. L'opérée repart pédestrement, vaque encore à ses travaux pénibles, *sans douleur*, *sans hémorrhagie*, et le 29 dans l'après-midi, sans avertissement prémonitoire douleur, sans perte de sang, se décharge tout na lement de son faix, au cordon ombilical duqu deuxième tampon d'éponge préparée, *dur* et *non c* de *forme*, ni de *volume*, *adhérait* avant tant de cité qu'elle a dû employer les ciseaux pour le sé du cordon!!!

Voilà l'accusation insensée, je dirai presque fonne, médicalement parlant, qui me vaut une con nation à trois ans de prison.

Est-il admissible, scientifiquement parlant, possible, que des manœuvres de décollement, s d'hémorrhagie abondante, ne provoquent l'avorte qu'au bout de **12** jours — depuis le 1er — six depuis le dernier, quand tous les maîtres donnent délai 12 et 18 heures.

Est-il possible que les deux hémorrhagies des 23 aient été arrêtées comme par enchanteme n'aient donné lieu à aucun autre écoulement, à a suintement pendant 12 jours où la malade se li des travaux pénibles.

Est-il possible qu'une éponge dilatatrice appl dans le col pendant six jours d'abord et six jour suite, soit douze jours, n'ait produit aucune sens douloureuse, quand tout les auteurs s'accordent à que cette application provoque de *très vives* dou souvent *intolérables*, et que l'avortement a lieu les 4 jours au plus tard ?

Est-il possible enfin qu'on poursuive pour tement quand cet avortement n'est pas prouvé, n'a pas le fœtus ?

Eh bien, il s'est trouvé un médecin legiste o M. Vibert, qui a dit : C'est fort rare, je le recon fort difficile, je l'avoue, mais *c'est possible.*

Je dois dire qu'un des experts de Mantes avait c à l'impossibilité.

Eh bien, Monsieur, je viens vous demander de intéresser à moi et de vous occuper de faire revis odieux déni de justice, ce défi au bon *sens* et science, si cela est possible. Ma consolation uniqu de savoir qu'on s'occupe de moi.

Vous avez dû voir le Président du Syndicat des decins de Seine-et-Oise, ainsi que les Drs Touss d'Argenteuil, et Legrix, de Paris. Je me remets vos mains.

Prenez la défense d'un confrère innocent et vi d'une accusation qui peut, demain, se reproduire c tous les praticiens. Le corps médical entier est ressé à cette cause, je le crois, et veuillez être a de ma vive et profonde gratitude.

Dr LAFFITT

Le 1er février, une lettre anonyme dénonce au cureur de la République la fille Chevalier c s'étant fait avorter l'avant-veille avec la complici Dr Lafitte et d'une sage-femme.

Là-dessus enquête sommaire, arrestation de la Chevalier qui accuse le Dr Laffitte de s'etre livr

manœuvres abortives, au cours de 5 visites
i fit dans son cabinet pendant les mois de dé-
t janvier, finalement condamnation du Dr La-
nt la Cour d'assises de Versailles.
ndant, comme le dit le Dr Cézilly :
n constaté la grossesse ? Non, la fille l'a avouée.
n vu le fœtus ? Non, la fille l'a décrit.
atiente a donc donné un prix secret pour sa-
rime commis? Non, elle ne possède rien.
rossesse était peut-être des œuvres du con-
Non, il ne connaissait pas la malheureuse ; elle
amenée par une sage-femme ; l'accusation n'a
s émis cette supposition.
s, les experts ont affirmé la culpabilité ? Non,
premiers, de province, disent : Nous n'avons
staté ; nous n'avons rien vu, la fille ment.
oisième expert, de Paris, a donc affirmé? Non,
oqué du luxe et de la multiplicité des opéra-
tiquées par le médecin, au dire de la domes-
érations qui ont été près d'un mois sans résul-

édecin n'a donc pas été défendu? Il a été défendu
es premiers avocats de Versailles.
s le médecin a été innocenté? Non, il a été con-
our avortement, avec circonstances atténuantes;
rté sa qualité de médecin ?
médecin avait donc de mauvais antécédents?
éprochable ; il a rendu à la France de signalés
»

ne saurions mieux faire pour mettre le lecteur
ant de cette affaire, que de publier *in extenso*
rt médico-légal que le Dr Vibert a bien voulu
mmuniquer. On verra par cette lecture que le
e a bien tort d'incriminer le rapport du méde-
ste comme une des causes de sa condamnation.

Le Rapport du Dr Vibert.

ssigné Ch. Vibert docteur en médecine, commis
onnance de M. Fraigneau, juge d'instruction
nal de Mantes, en date du 6 février 1894, ainsi
:

la procédure commencée contre :
hevalier (Maria), 25 ans, domestique ;
t autres, inculpés d'avortement et complicité.
mettons M. le Dr Vibert, médecin-légiste à
à l'effet de :
Examiner la fille Chevalier, recevoir ses expli-
s et entendre également celles du Dr Lafitte ;
De dire dans son rapport :
Si la fille Chevalier porte notamment au col de
us des traces de violences, indiquer les causes
bles de ces violences qui pourraient peut-être
ter de l'introduction dans le col de l'utérus de
on ou éponges comprimées ;
Si le traitement que le Dr Lafitte doit avoir or-
é pouvait procurer l'avortement, si les injections « avec la poire en caoutchouc et l'application de tam-
« pons, même en ouate, n'étaient pas une médication
« très imprudente ;

« *c*) Si, étant données les explications techniques
« fournies par la fille Chevalier, il y a lieu de penser
« que l'avortement a été procuré par le docteur ;

« *d*) Le cas échéant, expliquer, en tenant compte des
« explications de la fille Chevalier, comment la fausse
« couche a pu se produire ;

« *e*) Enfin, comment il peut se faire qu'une fille de la
« campagne donne une description très exacte du tam-
« pon d'éponge comprimée, et d'une sonde à double
« entonnoir.

« M. le Dr Vibert voudra bien donner en outre tous
« les renseignements et conclusions qu'il croira utiles
« à la manifestation de la vérité.

Serment préalablement prêté, ai procédé à l'accomplissement de la mission qui m'était confiée.

I. — Examen de la fille Chevalier.

Cet examen a été pratiqué à l'hôpital de Mantes, le 7 février, avec le concours de MM. les Drs Bonneau et Dupont. Il a donné les résultats suivants :

Le ventre est peu volumineux, il ne présente pas de vergetures ; la ligne blanche de l'abdomen n'est pas pigmentée. On ne sent pas le fond de l'utérus au-dessus du pubis. La vulve ne porte pas de marques de violences.

Après avoir introduit le speculum, on constate que les parois du vagin ne portent pas de traces de blessures, que le col de l'utérus a la forme d'une fente de 1 centim. 1/2 à 2 centimètres de longueur, légèrement entr'ouverte, sans déchirures. Un peu de liquide incolore s'échappe de cet orifice, assez abondamment pour réapparaître presque aussitôt après qu'on l'a essuyé. Tout autour de cet orifice, et sur une zone d'environ 1 centimètre de longueur, la muqueuse du col est rouge, parsemée de petites fongosités et de minimes ulcérations. On n'aperçoit pas de lésions qu'on puisse attribuer sûrement à l'action d'un instrument vulnérant.

Les seins sont peu volumineux ; de l'un d'eux on peut faire sortir une goutte de lait, d'un blanc opaque.

Voici maintenant les déclarations principales de la fille Chevalier, qu'elle nous a faites spontanément ou en réponse à nos questions.

Sa grossesse remonterait au plus tôt au 10 septembre, date du premier coït ; elle est allée pour la première fois chez M. le Dr Lafitte, le 27 décembre. Elle y est retournée tous les huit jours environ, elle lui a fait en tout cinq visites, la dernière le 23 janvier. Pendant les trois premières visites, le docteur lui a seulement introduit un speculum, et lui a nettoyé les parties, en y injectant un liquide avec une poire en caoutchouc, et en y introduisant un tampon d'ouate mouillée qu'il laissait à l'intérieur. Il lui aurait donné une bouteille qui contenait un liquide qui devait être bu par cuil-

lerées; à la troisième visite il aurait joint à ces médicaments « une grosse poignée de safran » destinée à être prise en plusieurs jours. Cette drogue n'aurait, d'ailleurs, produit aucun effet.

A la quatrième visite, les choses se seraient passées différemment. M. le Dr Lafitte, après avoir introduit le spéculum et lavé les parties, aurait pris une sonde en gomme; à double embouchure, que l'inculpée décrit avec précision, et dont elle a montré le modèle parmi les instruments qui se trouvent à l'hôpital. Le spéculum restant en place. la sonde aurait été introduite jusque dans la matrice, à ce que suppose l'inculpée. Si l'introduction du speculum était chaque fois douloureuse, l'introduction de la sonde n'a pas occasionné de sensation pénible. La fille Chevalier nous a dit qu'elle était certaine que le médecin n'avait pas injecté un liquide quelconque à travers cette sonde ; il se serait borné à la remuer en divers sens pendant qu'elle était dans les parties. Cette manœuvre aurait occasionné une hémorragie fort abondante, un torchon plié en quatre aurait été traversé, et le sang aurait coulé non pas goutte à goutte, mais en jet dans une cuvette. Après avoir retiré la sonde, le médecin aurait placé et laissé dans les parties un tampon fortement serré par plusieurs tours de ficelle en forme de cylindre gros comme un crayon et long de 3 à 4 centimètres. Ce tampon avait une couleur jaune brun. L'hémorragie (avant ou après l'introduction de ce tampon) s'est arrêtée si complètement que la fille Chevalier a pu, en sortant de chez le médecin, marcher pendant deux heures sans que sa chemise fût tachée d'une goutte de sang. Pendant la fin de cette journée, et jusqu'à la visite suivante, la fille Chevalier n'a éprouvé aucune douleur.

A la cinquième visite, les mêmes manœuvres ont été pratiquées. L'introduction de la sonde a encore été suivie d'une hémorragie moins abondante que précédemment et arrêtée tout aussi vite. Un autre tampon a été placé, semblable à celui qui vient d'être décrit, mais il était plus petit, c'est-à-dire d'un moindre diamètre. La fille Chevalier, qui nous a donné spontanément ce détail, l'a confirmé formellement à plusieurs reprises.

Ces manœuvres avaient été pratiquées le 23 janvier. La fille Chevalier n'a absolument rien éprouvé d'anormal et n'a nullement souffert jusqu'au 29 janvier. Le matin de ce jour, elle s'est réveillée avec un mal de tête qui l'a obligée à rester couchée. L'après-midi elle a été prise de coliques et de maux de reins, puis elle a perdu de l'eau par les parties génitales, et enfin a expulsé le fœtus, qu'elle a examiné, et qui était un peu plus grand que la main. Sur le cordon ombilical elle a trouvé le tampon qui avait été introduit par le médecin. Ce tampon adhérait si fortement que la fille Chevalier n'a pu l'en séparer qu'en se servant de ciseaux. Elle l'avait mis de côté pour le conserver; mais, quelque temps après, elle a pris le parti de le brûler. Il n'était pas plus gros qu'au moment de l'introduction.

Explications de M. le Dr Lafitte.

M. le Dr Lafitte reconnaît avoir reçu la visite fille Chevalier aux dates indiquées. La premièr cette fille lui ayant dit que ses règles ne venaien il a recherché si elle était enceinte et n'a pas de signes certains de grossesse. Ces signes ne p être constatés en effet qu'à une période assez av Il était tout naturel que M. le Dr Lafitte les reche mais il savait fort bien, ainsi qu'il le reconnaît leurs, que leur absence ne prouvait nullement fille Chevalier ne fût pas enceinte.

Au cours de son examen, M. le Dr Lafitte reconnu que la fille Chevalier était atteinte de va et de métrite granuleuse du col. Il a immédiat institué un traitement propre à combattre cette tion, à savoir : légère cautérisation du col av crayon de nitrate d'argent, injection d'eau bori application sur le col d'un tampon imbibé d'eau quée. Il a renouvelé ce pansement à chaque visit a prescrit des injections de tannin, des pilules d niate de fer et du quinquina.

M. le Dr Lafitte déclare qu'il n'a pas fait d'a prescriptions, qu'il n'a jamais introduit ni son tampon dans la cavité de la matrice et que su ces points le récit de l'inculpée est entièrement fa

II. — Réponses aux questions posées par M. le d'instruction.

A. — Au moment où nous avons examiné la fille valier, le col de l'utérus ne présentait pas de l qu'on pût attribuer sûrement à des violences. avait ni piqûres, ni contusions, ni déchirures. L'o du col était bordé par une zone assez régulière, r granuleuse, légèrement ulcérée. Cet aspect est plutôt celui d'une inflammation chronique, dével spontanément, que celui de lésions succédant traumatisme.

L'introduction dans l'orifice du col d'un tamp éponge comprimée pourrait à la rigueur occasi une inflammation du canal cervical, mais on ne prend guère comment elle pourrait produire u flammation localisée au pourtour de l'orifice, r qui n'était pas touchée par le tampon.

B. — M. le Dr Lafitte dit avoir constaté chez l Chevalier une vaginite et des granulations du l'utérus. Il est probable, d'après les constatatio nous avons faites nous-même sur l'inculpée, c diagnostic était exact, au moins en ce qui concer granulations du col. Le traitement prescrit ét conformité avec le diagnostic et parfaitement co

Même en tenant compte de ce fait que M. le fitte était persuadé, ainsi qu'il le reconnaît, fille Chevalier était enceinte, le traitement insti peut être considéré, à notre avis, comme « très i dent ». Ni le lavage du vagin à l'eau boriquée tanin, ni l'application d'un tampon d'ouate à la s

ol, ni même une cautérisation légère des granula- s avec du nitrate d'argent ne sont des manœuvres ables de provoquer l'avortement, à moins qu'il ne isse d'une femme d'une telle impressionnabilité que lus légère excitation du col interrompe le cours de rossesse.

est vrai que certains médecins se refuseraient peut- à pratiquer sur une femme enceinte le traitement M. le Dr Lafitte dit avoir choisi. Mais cette abstenti serait inspirée, croyons-nous, bien plus par la ute de prêter à des soupçons et à des commentaires veillants que par la conviction que de telles manœu- s sont réellement dangereuses.

. — Avant de répondre à cette question, il est né- saire d'indiquer par quels procédés l'avortement est inairement provoqué :

es procédés les plus efficaces et les plus usuels sont nombre de trois : la ponction de l'œuf, le décolle- nt de l'œuf, la dilatation du col.

our pratiquer la ponction de l'œuf on se sert de n'im- te quel objet ayant la forme d'une tige assez déliée ur traverser le canal du col de la matrice et assez ré- ante pour déchirer les membranes de l'œuf.

our décoller l'œuf, on introduit encore un instru- nt jusqu'au fond de la cavité utérine, en passant par anal du col; l'instrument doit être souple pour ne déchirer les membranes de l'œuf, tout en les déta- nt de la paroi utérine sur une certaine étendue. On sert généralement d'une sonde en gomme. On peut si opérer le décollement en poussant un liquide elconque injecté à travers une sonde introduite dans canal du col.

Pour dilater le canal du col, on y place une tige d'une bstance susceptible de se gonfler lentement en absor- nt les liquides que sécrètent les organes génitaux. n se servait autrefois pour cela d'éponge comprimée; jourd'hui on n'emploie plus guère l'éponge, mais des gments de tiges de laminaria.

Nous ferons remarquer immédiatement qu'un méde- n décidé à pratiquer un avortement criminel aurait ut intérêt à choisir l'un des deux premiers procédés utôt que le troisième.

La ponction ou le décollement de l'œuf sont d'une ficacité bien plus certaine et plus rapide, d'une exé- tion plus facile et ne réclamant aucun outillage com- romettant. Au contraire, la dilatation du col agit len- ment, peut manquer son but, nécessite ordinairement ntroduction de plusieurs tampons, oblige par consé- uent à plusieurs opérations, occasionne habituellement es douleurs prolongées, enfin les tampons laissés en la ossession de la femme fournissent la preuve des anœuvres abortives.

Quoi qu'il en soit, quand on entend la fille Chevalier arler de ces tampons (d'éponge comprimée, semble-t-), et décrire assez exactement la façon dont ils ont été ntroduits, il semble au premier abord que ce récit n'a u être inventé et que l'avortement a été obtenu par ce procédé. Mais quand on étudie de plus près les déclarations spontanées ou les réponses de la fille Chevalier, déclarations et réponses qui sont faites avec beaucoup de précision et renouvelées formellement à plusieurs reprises, on constate que le récit de l'inculpée présente de telles invraisemblances, que sa sincérité devient fort douteuse. Nous allons signaler les principales de ces invraisemblances.

La dilatation du col par l'éponge préparée, la laminaria, etc., est habituellement douloureuse, pendant tout le temps qu'elle se produit, c'est-à-dire plusieurs jours ; les douleurs sont même parfois intolérables. Or, la fille Chevalier n'a « absolument rien senti » tout le temps qu'elle a gardé les deux tampons qui lui ont été successivement appliqués. Ce n'est pas que cette fille soit naturellement insensible à la souffrance puisqu'elle a « pleuré de douleur » chaque fois qu'on lui a introduit le speculum.

La fille Chevalier a dit spontanément, et nous a ensuite répété à plusieurs reprises, que le tampon qui lui a été mis la seconde fois était plus petit, plus mince que le premier. C'est exactement le contraire qui aurait dû se passer. Un premier tampon, une fois qu'il a atteint la limite de gonflement que peut lui donner l'humidité, laisse le col dilaté, mais dilaté souvent d'une façon insuffisante. Il faut alors introduire dans la cavité déjà élargie du col un second tampon, *beaucoup plus gros* que le premier, qui, en se gonflant lui-même, augmentera encore la dilatation du col. Si l'on admet que, dans le cas actuel, le premier tampon avait complètement manqué son effet, ne s'était pas gonflé, M. le Dr Lafitte aurait pu en remettre un autre semblable, mais il n'avait aucune raison d'en choisir un plus petit, étant donné surtout que la fille n'avait éprouvé aucune douleur.

Si la fille Chevalier déclare encore que le dernier tampon est resté collé sur le cordon ombilical du fœtus, qu'elle l'a recueilli et gardé un certain temps, il était, dit-elle, à peu près aussi gros qu'au moment où le médecin l'avait mis (six jours auparavant). Ceci est inadmissible. Au moment de l'accouchement le tampon devait être tombé depuis longtemps, on ne comprend pas comment il avait pu se trouver collé sur le cordon ombilical; en tout cas, six jours après son introduction il aurait dû être considérablement gonflé, autrement sa présence aurait été inefficace. Il est certain que sur ce point la déclaration de l'inculpée est inexacte.

D'un autre côté la fille Chevalier dit qu'on lui a introduit dans les parties génitales une sonde qui, d'après la description qu'elle donne, aurait été une sonde destinée spécialement à faire des injections à l'intérieur de l'utérus (ou de la vessie). Là encore cette déclaration, fort grave au premier abord, devient peu vraisemblable quand on l'analyse d'après les explications de l'inculpée.

Tout d'abord on ne comprend pas pourquoi M. le Dr Lafitte aurait, dans les deux dernières séances, employé coup sur coup la sonde et le tampon. L'un ou

l'autre de ces deux procédés aurait dû lui suffire; il était inutile et compromettant pour lui de les combiner. En introduisant la sonde et en produisant ainsi une hémorrhagie très abondante, il devait naturellement penser que cette manœuvre amènerait le résultat désiré, et il n'était nul besoin de placer encore un tampon à l'intérieur du col. En outre, M. le Dr Lafitte, qui n'a pas fait d'injections à travers cette sonde, n'avait aucune raison de choisir cet instrument pour pratiquer des manœuvres abortives; il n'est pas plus commode qu'un autre instrument, il ne se trouve pas dans une trousse ou parmi les modèles d'un usage courant car il est fort rarement employé; enfin il est d'une forme assez singulière pour retenir l'attention de l'opérée.

Si nous supposons un instant que M. Lafitte a fait tout cela, qu'il a été un avorteur malhabile et imprudent, il reste encore d'autres points suspects dans le récit de l'inculpée. Il est fort improbable que l'hémorrhagie si abondante provoquée par l'introduction de la sonde ait été arrêtée aussi vite et aussi complètement que le dit l'inculpée; très improbable aussi qu'à la suite de ces deux opérations la fille Chevalier n'ait éprouvé aucune douleur; très improbable encore que, la sonde ayant été introduite les 17 et 23 janvier, l'avortement ne soit survenu que le 29 janvier.

En ce qui concerne l'ingestion de médicaments ou de drogues, il nous paraît que, si ces substances ont été administrées, ce ne sont pas elles qui ont occasionné l'avortement. En effet, dans l'immense majorité des cas, les substances dites abortives ne peuvent interrompre une grossesse de plusieurs mois sans occasionner des troubles graves de la santé et la femme Chevalier assure même s'être très bien portée jusqu'au matin du 29 janvier.

En résumé la fille Chevalier décrit aussi exactement qu'on peut l'attendre d'une femme de sa condition des manœuvres qui sont bien celles que doivent employer un avorteur ou une avorteuse. Mais la conduite qu'elle attribue au Dr Lafitte est, au point de vue purement technique, absurde et inutilement compromettante. En outre la plupart des explications que cette fille donne avec beaucoup de précision et d'assurance sur le détail des manœuvres sont invraisemblables ou inadmissibles.

Si l'instruction établissait que M. le Dr Lafitte est réellement coupable, il n'en resterait pas moins vrai que les déclarations de la fille Chevalier sont inexactes sur un grand nombre de points.

D. — Après ce qui précède il n'y a pas lieu de répondre à cette question.

E. — Il semble impossible que la fille Chevalier ait inventé de son propre chef la description de l'éponge comprimée et de la sonde. Il faut admettre ou bien qu'elle a réellement vu ces objets chez M. le Dr Lafitte ou ailleurs, ou bien que quelqu'un les lui a dépeints.

Signé : Ch. Vibert.

Paris le 14 février 1894.

« Le bureau de l'Union des syndicats médicaux de France, réuni en séance le 3 septembre 1894, après a pris connaissance des communications officielles syndicats des médecins de l'arrondissement de sailles, du Havre, etc., adressées au président de nion, relatives à la condamnation qui a frappé le D fitte, condamnation que rien n'explique, ni les fait vélés par l'enquête, ni les débats; s'associant à démarche et aux démarches faites par le Syndica la presse médicale, partageant les sentiments expr par ces associations, a décidé d'user de tous les mo en son pouvoir pour faire ressortir l'innocence malheureux confrère et l'aider de toutes ses for obtenir sa réhabilitation. »

Ont signé : Dr Porson (de Nantes), président; D bert Le Blond (de Paris); Dr Pouliot (de Poiti Dr Cellier (de Laval), vice-présidents; Dr de Four traux (de Versailles), ancien président de l'U Dr Maurat (de Chantilly), trésorier; Dr Lécuyer Baurieux), secrétaire général adjoint; Dr Blaizot Nantes, secrétaire; Dr Meugy (de Paris), secrétair comité de rédaction.

NOUVELLES

Ecole de médecine de Rennes. — Par décret, en da 25 juillet 1894, la chaire de thérapeutique et hygièn l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmaci Rennes, est supprimée à dater du 1er novembre 1894.

Il est créé à ladite école une chaire d'histologie.

Déclaration des maladies contagieuses. — Dans so semblée générale du 16 août, l'Association médica l'Aube a adopté les conclusions votées par la Socié médecine de Paris, demandant la revision du décret cernant la déclaration des maladies contagieuses.

La Revue Internationale de Bibliographie, dirigée le professeur Jules Rouvier (de Beyrouth) vient de des modifications nombreuses. Tout en conservant so ractère international, elle paraîtra désormais sous le de *Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie tiques*

Notre confrère, le Dr Tourvenaint (de Paris) a été dé comme secrétaire de la rédaction.

Les bureaux de la Revue sont transférés à Paris, 37 *Taitbout.*

Nécrologie. — Le Dr Dedieu, de Paris. — Le Dr Bau Vanves (Seine), reçu en 1866. — Le Dr Sarremone, d'A (Landes), reçu en 1861. — Le Dr Parrot, de Périgueux, en 1833, officier de la Légion d'honneur. — Le Dr Mou de Nogent-le-Rotrou. — Le Dr Tourasse, de Saint-Mau Fossés, reçu en 1870.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Dia

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur sant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Mens tions douloureuses. Rachitisme. Affections scrofule Diarrhée.**

L'EAU purgative de VICHY est le purgatif le plus et le plus sûr qu'on puisse trouver.

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la c pation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallerr

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphon*